

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door G tegen C te D en E te F
Zaak : Klasseverzekering, beëindiging met terugwerkende kracht
Zaaknummer : 2009.01379
Zittingsdatum : 7 april 2010

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door G

tegen

1) C te D en

2) E te F,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar de aanvullende verzekering niet met terugwerkende kracht tot 1 januari 2006 te beëindigen, en de sindsdien betaalde premie niet te restitueren (hierna: de aanspraak).

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Verzoeker had bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Ziekenhuis Extra verzekering afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3.2. Bij brief van 16 januari 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanvullende verzekering met ingang van 1 januari 2009 is beëindigd wegens "keuze andere zorgverzekeraar". Verzoeker heeft hierover gecorrespondeerd met de ziektekostenverzekeraar, hetgeen er uiteindelijk toe heeft geleid dat hij heeft verzocht om beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot 1 januari 2006 en restitutie van de sindsdien betaalde premie. Namens de ziektekostenverzekeraar is verzoeker op 16 juni 2009 medegedeeld dat de aanvullende verzekering, in afwijking van de eerdere berichtgeving, niet is beëindigd. In latere correspondentie is de aanspraak afgewezen.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar besloten heeft de aanvullende ziektekostenverzekering alsnog met ingang van 1 januari 2009 te beëindigen.

3.4. Bij brief van 9 november 2009 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen (hierna: het verzoek).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 6 februari 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 februari 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 23 februari 2010 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 april 2010 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 21 april 2010 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker verklaart dat hij sinds 1963 een klasseverzekering had. Hem is gebleken dat de mogelijkheid van klasseverpleging met ingang van 1 januari 2006 is vervallen. Bij de overgang naar het nieuwe stelsel is hem een nieuwe, andere verzekering aangeboden, zonder dat hij expliciet op de hoogte is gesteld van deze wijziging. De wijziging is zonder enig overleg en zonder zijn instemming doorgevoerd. De verzekering is ongevraagd en ongewild aangegaan.
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd, dat hij in 2008 toevallig erachter kwam dat de klassenverpleging is afgeschaft. Hij heeft hiervoor dus in de jaren 2006, 2007 en 2008 onnodig premie betaald. De dekking van de huidige verzekering is niet meer dezelfde als op het moment, in 1963, toen hij deze aanging en daardoor is sprake van misleiding.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de klasseverzekering niet met ingang van 1 januari 2006 uit het verzekeringspakket is verdwenen. Verzoeker is in 2006 en 2007 verzekerd geweest op grond van de aanvullende Klasseverzekering Comfort. In 2008 is hij verzekerd geweest op grond van de aanvullende Ziekenhuis Extra Verzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker door middel van polisbladen op de hoogte gesteld van de wijziging in de verzekering.
- 5.2. Verzoeker heeft premie betaald om bij eventuele ziekenhuisopname in een beperkt aantal ziekenhuizen waarmee de ziektekostenverzekeraar daaromtrent contracten heeft afgesloten, een meer comfort- en servicegerichte behandeling te ontvangen. Indien de verzekerde niet in een van vorenbedoelde ziekenhuizen wordt opgenomen wordt, ter compensatie, een bedrag uitgekeerd. De ziektekostenverzekeraar heeft vanaf 1 januari 2006 risico gelopen en ziet daarom geen grond voor premierestitutie.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd, dat met diverse ziekenhuizen afspraken zijn gemaakt, waardoor een verzekerde bij opname gebruik kan maken van een één- of tweepersoons kamer. Tevens kan de verzekerde

gebruik maken van bepaalde extra's, zoals telefoon en internet.

- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanspraak terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.
- 6.2. De commissie is echter niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering van vóór 2008.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht te beëindigen, en de daarvoor betaalde premie te restitueren.

8. Toepasselijke regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil is de volgende regelgeving relevant.
- 8.2. Op grond van artikel 3:33 BW vereist een rechtshandeling een op een rechtsgevolg gerichte wil die zich door een verklaring heeft geopenbaard. Artikel 3:37 BW ziet op vorm en werking der verklaring.
Artikel 3:35 BW bepaalt:

“Tegen hem die eens anders verklaring of gedraging, overeenkomstig de zin die hij daaraan onder de gegeven omstandigheden mocht toekennen, heeft opgevat als een door die ander tot hem gerichte verklaring van een bepaalde strekking, kan geen beroep worden gedaan op het ontbreken van een met deze verklaring overeenstemmende wil.”

- 8.3. Ingevolge artikel 6:217 lid 1 BW komt een overeenkomst tot stand door een aanbod en de aanvaarding daarvan.

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. De commissie stelt allereerst vast dat de Invoerings- en Aanpassingswet Zorgverzekeringswet voorziet in een regeling waarbij zorgverzekeraars hun bestaande verzekeringsrelaties door middel van de zogenoemde ‘negatieve optie’ in december 2005 een aanbod moesten doen voor een zorgverzekering. Bij niet-tijdige verwerping daarvan werd de overeenkomst van zorgverzekering geacht met ingang van 1 januari 2006 tot stand te zijn gekomen overeenkomstig het aanbod. Genoemde bepaling geldt echter niet voor de aanvullende verzekeringen.
- 9.2. De inwerkingtreding van het nieuwe stelsel met ingang van 1 januari 2006 vormde overigens geen grond de bestaande aanvullende verzekering te beëindigen. Noch in de Invoerings- en Aanpassingswet Zorgverzekeringswet, noch in de voorwaarden van de aanvullende verzekering die verzoeker vóór het jaar 2006 had, is een bepaling ter zake opgenomen.

- 9.3. De commissie constateert dat de oorspronkelijke aanvullende verzekering beoogde dekking te bieden tegen de extra kosten, verbonden aan verpleging in een hogere klasse dan de gebruikelijke derde klasse. De mogelijkheid voor ziekenhuizen hiervoor een klasstarief te berekenen, is enkele jaren geleden komen te vervallen. Anders dan de ziektekostenverzekeraar stelt, beoogt verzoekers huidige aanvullende ziektekostenverzekering ook niet die kosten te dekken, maar de kosten van extra comfort en services tijdens een medisch noodzakelijke opname, alsmede de kosten van verpleging in een één- of tweepersoonskamer indien deze worden gedeclareerd door een ziekenhuis waarmee de ziektekostenverzekeraar afspraken heeft gemaakt, en een vergoeding per ligdag indien met het ziekenhuis dergelijke afspraken niet zijn gemaakt of opname plaatsvindt in een lagere klasse.
- 9.4. De commissie concludeert dat verzoeker met ingang van 1 januari 2006 een andere aanvullende ziektekostenverzekering is aangeboden, een verzekering met een dekking die afwijkt van het product dat hij voordien had. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat hij verzoeker vóór 1 januari 2006 op de hoogte heeft gesteld van de (inhoud van de) polisvoorwaarden van de aanvullende verzekering. Gesteld noch gebleken is dat verzoeker de informatie over de aard en inhoud van deze verzekering niet heeft ontvangen, zodat hij daarvan tijdig kennis had kunnen nemen. Weliswaar is sprake van een wijziging in de dekking van de verzekering, doch gelet op de polisvoorwaarden biedt de door de ziektekostenverzekeraar sedert 2006 aangeboden verzekering een groter comfort. Verzoeker heeft niet gereageerd op de hem toegezonden informatie en heeft sedertdien de premie van de onderhavige verzekering voor de jaren 2006, 2007 en 2008 voldaan. Derhalve mocht de ziektekostenverzekeraar er gerechtvaardigd op vertrouwen dat wilsovereenstemming bestond aangaande de aanvullende verzekering en is deze tussen partijen tot stand gekomen. Gezien het voorgaande bestaat noch aanleiding om de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht te beëindigen noch om de betaalde premie te restitueren.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 26 mei 2010,

Voorzitter